

Nghiên cứu

Các yếu tố lâm sàng, nội soi, mô bệnh học liên quan đến tình trạng hiện diện thành phần nhánh của nền u tuyến ở polyp đại trực tràng hóa ác giai đoạn pT1

Hồ Thị Hồng Phát^{1*}, Nguyễn Đức Duy¹, Giang Mỹ Ngọc², Lê Hồ Ngọc Trâm³, Trần Hương Giang^{1,4}, Lê Minh Huy⁴

¹Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Quân Y 175

³Đơn vị Giải phẫu bệnh, Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (Cơ sở 2)

⁴Bộ môn Mô phổi - Giải phẫu bệnh, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Hồ Thị Hồng Phát; Email: phat.hth@umc.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 03/05/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 20/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 10/08/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-2.14

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Polyp đại trực tràng hóa ác giai đoạn pT1 là tổn thương sớm quan trọng. Nghiên cứu nhằm khảo sát vai trò của thành phần nhánh của nền u tuyến và mối liên quan với các đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 93 trường hợp polyp hóa ác pT1 trên nền u tuyến thông thường từ tháng 01/2015 đến tháng 06/2024. Sự hiện diện của thành phần nhánh được phân tích mối liên quan với các đặc điểm bệnh lý bằng các phép kiểm định thống kê thích hợp ($p < 0,05$).

Kết quả: Thành phần nhánh hiện diện ở 73,1% trường hợp, có liên quan ý nghĩa với vị trí trực tràng ($p = 0,033$), kích thước lớn ($p = 0,022$), carcinôm độ 2 ($p = 0,001$) và nhóm Haggitt/Kikuchi nguy cơ thấp ($p = 0,010$). Phân tích đa biến xác định carcinôm độ 2 theo CAP ($OR = 3,88$; $p = 0,043$) và phân độ Haggitt/Kikuchi nguy cơ cao ($OR = 0,11$; $p = 0,011$) là hai yếu tố liên quan độc lập với khả năng hiện diện của thành phần này.

Kết luận: Thành phần nhánh của nền u tuyến là đặc điểm thường gặp trong polyp pT1 và liên quan độc lập với các yếu tố mô bệnh học quan trọng. Kết quả gợi ý đây có thể là một chỉ dấu hỗ trợ trong phân tầng nguy cơ lâm sàng.

Từ khóa: ung thư đại trực tràng; polyp đại trực tràng; giai đoạn pT1.

Clinical, endoscopic and histopathological factors associated with the presence of villous components in background adenomas of pT1 malignant colorectal polyps

Hồ Thị Hồng Phát^{1*}, Nguyễn Đức Duy¹, Giang Mỹ Ngọc², Lê Hồ Ngọc Trâm³, Trần Hương Giang^{1,4}, Lê Minh Huy⁴

¹Department of Pathology, University Medical Center Ho Chi Minh City

²Department of Pathology, Military Hospital 175

³Pathology Unit, Department of Laboratory Medicine, University Medical Center Ho Chi Minh City (Campus 2)

⁴Department of Histology, Embryology and Pathology, School of Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

Abstract

Background: pT1 malignant colorectal polyps are clinically important early lesions. This study investigated the presence of a villous component in the adenomatous background and its associations with clinical, endoscopic, and histopathological features.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted on 93 pT1 malignant colorectal polyps arising in conventional adenomas between January 2015 and June 2024. Associations between villous component and clinicopathological variables were analyzed using appropriate statistical tests, with $p < 0.05$ considered significant.

Results: A villous component was identified in 73.1% of cases. Its presence was significantly associated with rectal location ($p = 0.033$), larger polyp size ($p = 0.022$), grade 2 adenocarcinoma ($p = 0.001$), and low-risk Haggitt/Kikuchi categories ($p = 0.010$). On multivariable logistic regression, CAP grade 2 adenocarcinoma ($OR = 3.88$; $p = 0.043$) and high-risk Haggitt/Kikuchi category ($OR = 0.11$; $p = 0.011$) remained independently associated with the presence of a villous component.

Conclusion: A villous component is a common finding in pT1 malignant colorectal polyps and is

independently associated with key histopathological parameters. These findings suggest that this feature may provide additional information for clinical risk stratification.

Keywords: colorectal cancer; colorectal polyp; pT1 stage.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) hiện là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới [1]. Trong những năm gần đây, sự phát triển các chương trình tầm soát bằng nội soi đại tràng đã giúp tăng tỷ lệ phát hiện các tổn thương tiền ung thư và ung thư giai đoạn sớm. Một tổn thương sớm có ý nghĩa lâm sàng quan trọng là polyp đại trực tràng hóa ác giai đoạn pT1, được định nghĩa là carcinôm đã xâm nhập qua lớp cơ niêm vào lớp dưới niêm mạc nhưng chưa vượt quá lớp cơ. Nhóm tổn thương này đang nhận được nhiều sự quan tâm do việc lựa chọn chiến lược điều trị còn nhiều thách thức. Việc chọn theo dõi đơn thuần sau cắt polyp qua nội soi hay thực hiện phẫu thuật cắt đoạn đại tràng triệt căn phụ thuộc mật thiết vào việc đánh giá các yếu tố nguy cơ mô bệnh học mang tính tiên lượng [2]. Nhiều nghiên cứu đã xác định các yếu tố này bao gồm độ mô học cao, xâm nhập mạch máu - mạch bạch huyết, độ sâu xâm nhập dưới niêm, tình trạng rìa diện cắt và nẩy chồi u [3, 4]. Trong khi đó, đặc điểm của nền u tuyến quanh carcinôm bao gồm tỉ lệ thành phần ống và nhánh, mức độ lan sâu của u tuyến ở vùng chân polyp, dù được biết là liên quan đến nguy cơ hóa ác ở giai đoạn u tuyến, lại ít được phân tích một cách hệ thống ở tổn thương hóa ác giai đoạn sớm [5, 6]. Một số công trình gần đây ghi nhận hiện diện nền u tuyến có thể là biến độc lập trong mô hình dự đoán di căn hạch ở UTĐTT giai đoạn T1, gợi ý vai trò tiềm tàng của nền u tuyến như một chỉ dấu của hành vi sinh học khối u [5, 7, 8]. Đáng chú ý, một phân tích dữ liệu SEER gần đây ghi nhận các trường hợp carcinôm tuyến phát triển trên nền u tuyến có thành phần nhánh có thời gian sống còn đặc hiệu ung thư thấp nhất khi so sánh với nền u tuyến răng cưa và u tuyến, gợi ý rằng kiểu hình nền u tuyến, đặc biệt là thành phần nhánh, không chỉ liên quan đến nguy cơ hóa ác mà còn phản ánh một diễn tiến sinh học bất lợi ngay cả sau khi đã hình thành carcinôm xâm nhập [9].

Hiện tại, dữ liệu về đặc điểm của thành phần nhánh trong kiểu hình mô học của nền u tuyến thông thường ở polyp đại trực tràng hóa ác còn tương đối hạn chế, do phần lớn các nghiên cứu tập trung vào các yếu tố tiên lượng kinh điển của carcinôm xâm nhập như độ sâu xâm lấn, xâm nhập mạch máu - mạch bạch huyết, độ mô học, rìa diện cắt và nẩy chồi u, trong khi đặc điểm mô học của nền u tuyến, đặc biệt là thành phần nhánh, lại ít được phân tích một cách riêng biệt và có hệ thống [4, 10]. Việc làm sáng tỏ mối

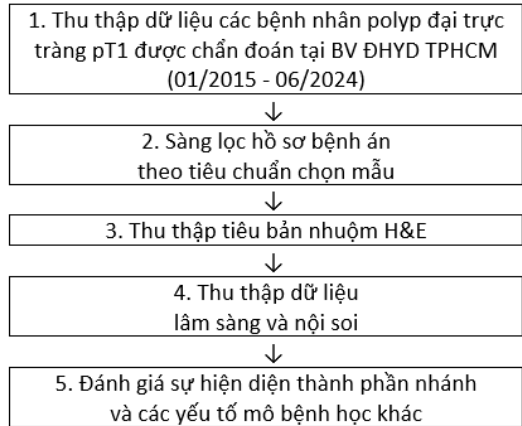
liên quan giữa đặc điểm này với các yếu tố lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của polyp hóa ác sẽ góp phần nâng cao hiểu biết về diễn tiến sinh học của mô u. Đặc biệt, trong thực hành, nhiều mẫu polyp được cắt từng mảnh hoặc xử lý kỹ thuật chưa tối ưu khiến việc đánh giá các yếu tố kinh điển như độ sâu xâm nhập hay khoảng cách từ u đến diện cắt gặp nhiều khó khăn [3]. Trong bối cảnh đó, những đặc điểm mô bệnh học của nền u tuyến, nếu được chứng minh có giá trị trong phân tầng nguy cơ, có thể trở thành thông tin bổ sung hữu ích cho quyết định điều trị. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả và xác định các yếu tố lâm sàng, nội soi và mô bệnh học liên quan đến sự hiện diện của thành phần nhánh ở nền u tuyến thông thường trong polyp đại trực tràng hóa ác giai đoạn pT1.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân có polyp đại trực tràng được chẩn đoán carcinôm tuyến xâm nhập đến lớp dưới niêm mạc (giai đoạn pT1) tại Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM trong giai đoạn từ 01/2015 đến 06/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu



Sơ đồ 1. Sơ đồ thực hiện nghiên cứu

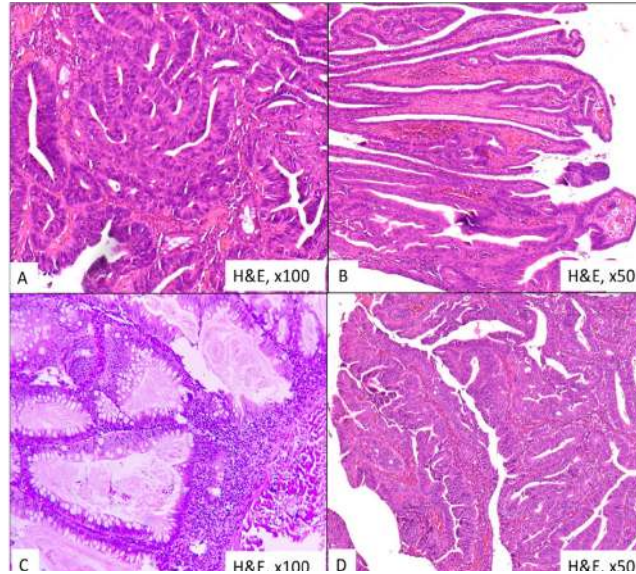
Nghiên cứu cắt ngang mô tả, chọn mẫu thuận tiện.

Các trường hợp được đưa vào nghiên cứu cần đồng thời thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn bao gồm: (1) hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin về tuổi, giới và báo cáo nội soi đại trực tràng, (2) có chẩn đoán mô bệnh học xác nhận polyp đại trực tràng là carcinôm tuyến xâm nhập giai đoạn pT1 trên nền u tuyến thông

thường và (3) có đủ tiêu bản nhuộm hematoxylin-eosin (H&E) để đánh giá các đặc điểm mô bệnh học cần thiết. Những trường hợp có tiền sử hoặc đồng hiện diện ung thư nguyên phát khác, bệnh nhân từng điều trị hóa trị trước đó, khối u vì nên bị hỏng không thể khảo sát được thêm mô u khi cần sẽ bị loại khỏi nghiên cứu nhằm đảm bảo độ chính xác và tính đồng nhất của dữ liệu phân tích.

Các biến số nghiên cứu gồm tuổi, giới, phương pháp phẫu thuật được thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử. Các đặc điểm nội soi được thu thập từ báo cáo nội soi đại trực tràng bao gồm số lượng polyp,

tình trạng đồng hiện diện polyp và vị trí đoạn ruột chứa tổn thương. Thông tin về kích thước polyp được thu thập từ báo cáo cắt lọc đại thể. Các biến số về mô bệnh học bao gồm loại mô học u, độ mô học u theo Hiệp hội Bệnh học Hoa Kỳ (CAP), độ sâu xâm nhập, xâm nhập mạch máu, di căn hạch, nẩy chồi u được đánh giá trên tiêu bản nhuộm H&E bởi hai bác sĩ giải phẫu bệnh có kinh nghiệm. Thành phần nhánh được đánh giá là có hiện diện khi chiếm từ 25% tổn thương nền polyp theo Phân loại u đường tiêu hóa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) phiên bản thứ 5 (Hình 1) [6].



Hình 1. Thành phần ống (A) và thành phần nhánh (B) của nền u tuyến ở polyp đại trực tràng hóa ác giai đoạn pT1

Phân độ Haggitt dành cho polyp có cuống theo mức độ u xâm lấn lớp dưới niêm theo vị trí tăng dần từ đầu (độ 1), cổ (độ 2), thân cuống (độ 3) đến phần dưới cuống (độ 4) [11]. Phân độ Kikuchi với polyp không cuống khi u xâm lấn dưới niêm ở 1/3 trên (Sm1), 1/3 giữa (Sm2) hoặc 1/3 dưới (Sm3) [12]. Phân độ Haggitt/Kikuchi được phân thành hai nhóm nguy cơ thấp (Haggitt 1-2, sm1) và nguy cơ cao (Haggitt 3-4, sm2-3) [13]. Độ sâu xâm lấn lớp dưới niêm được đánh giá trên các trường hợp có bệnh phẩm còn nguyên vẹn và xác định các mốc đo trên tiêu bản. Cụ thể, ở polyp có cuống, độ sâu xâm lấn được đo từ điểm nối đầu-cuống đến điểm xâm nhập sâu nhất của tế bào u. Ở polyp không cuống, độ sâu xâm lấn được đo từ lớp cơ niêm, nếu lớp cơ niêm bị xóa, mốc đo được tính từ bề mặt niêm mạc đến điểm xâm nhập sâu nhất. Giá trị này được phân nhóm thành xâm lấn nông (< 1 mm) và xâm lấn sâu (≥ 1 mm) [3].

Nảy chồi u được đánh giá trên 1 quang trường điểm nóng diện tích 0,785mm² theo khuyến cáo của

Hội nghị đồng thuận nẩy chồi u quốc tế (ITBCC) 2016 [14].

2.3. Xử lý số liệu

Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm STATA phiên bản 17. Mỗi liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học với tình trạng hiện diện thành phần nhánh được khảo sát bằng các phép kiểm định thích hợp. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa về mặt thống kê. Các biến có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến ($p < 0,05$) được đưa vào mô hình hồi quy đa biến. Hiện tượng đa cộng tuyến được đánh giá bằng hệ số phóng đại phương sai (Variance Inflation Factor - VIF).

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh phê duyệt (mã số: 2855/ĐHYD-HĐĐĐ) và được thực hiện theo đúng các nguyên tắc đạo đức trong Tuyên bố Helsinki. Do nhóm nghiên cứu không can thiệp hay tiếp xúc trực tiếp với người bệnh, đồng

thời toàn bộ dữ liệu đều được thu thập từ hồ sơ bệnh án, nên Hội đồng Đạo đức đã chấp thuận việc

miễn yêu cầu lấy phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu từ bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng và nội soi theo tình trạng hiện diện thành phần nhánh của u tuyến trong polyp đại trực tràng hóa ác

Bảng 1. Thành phần nhánh của nền u tuyến và các đặc điểm lâm sàng, nội soi

Đặc điểm	Phân loại nền u tuyến theo thành phần nhánh			p
	Tổng (n = 93)	Không nhánh (n = 25)	Có nhánh (n = 68)	
Tuổi[¥]	64,11 ± 11,79	63,60 ± 8,13	64,29 ± 12,93	0,803 ^b
< 65 tuổi	52 (55,91)	15 (28,85)	37 (71,15)	0,630 ^c
≥ 65 tuổi	41 (44,09)	10 (24,39)	31 (75,61)	
Giới				
Nam	54 (58,06)	18 (33,33)	36 (66,67)	0,099 ^c
Nữ	39 (41,94)	7 (17,95)	32 (82,05)	
Phương pháp điều trị				
Cắt polyp qua nội soi	62 (66,67)	20 (32,26)	42 (67,74)	0,098 ^c
Cắt đoạn ruột chứa polyp	31 (33,33)	5 (16,13)	26 (83,87)	
Đồng hiện diện polyp trên nội soi				
Không	43 (46,24)	10 (23,26)	33 (76,74)	0,465 ^c
Có	50 (53,76)	15 (30,00)	35 (70,00)	
Số lượng polyp[¥]	3,00 (3,54)	3,08 (3,76)	2,97 (3,48)	0,896 ^b
≤ 3 polyp	73 (78,49)	18 (24,66)	55 (75,34)	0,355 ^c
> 3 polyp	20 (21,51)	7 (35,00)	13 (65,00)	
Vị trí polyp				
Đại tràng	58 (62,37)	20 (34,48)	38 (65,52)	0,033^c
Trực tràng	35 (37,63)	5 (14,29)	30 (85,71)	

[¥] Báo cáo trung bình và độ lệch chuẩn; ^a Kiểm định t với phương sai khác nhau; ^b Kiểm định t với phương sai bằng nhau; ^c Kiểm định Chi bình phương

Kết quả từ Bảng 1 ghi nhận, trong tổng số 93 bệnh nhân có polyp đại trực tràng hóa ác giai đoạn pT1 có nền u tuyến thông thường, chiếm ưu thế là nhóm có hiện diện thành phần nhánh với 73,12% (68/93 trường hợp). Về vị trí tổn thương, chúng tôi ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí giải phẫu của polyp và sự hiện diện của thành phần nhánh. Tỷ lệ polyp hóa ác có thành phần nhánh ở trực tràng cao

hơn rõ rệt so với ở đại tràng (85,71% so với 65,52%, p = 0,033).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tuổi trung bình (p = 0,803), phân bố nhóm tuổi dưới hoặc từ 65 tuổi trở lên (p = 0,630), giới (p = 0,099), tình trạng đồng hiện diện polyp trên nội soi (p = 0,465), phương pháp điều trị polyp hóa ác (p = 0,098) cũng như số lượng polyp (p = 0,896).

3.2. Đặc điểm mô bệnh học theo tình trạng hiện diện thành phần nhánh của u tuyến trong polyp đại trực tràng hóa ác

Bảng 2. Thành phần nhánh của nền u tuyến và các đặc điểm mô bệnh học.

Đặc điểm	Phân loại nền u tuyến theo tình trạng hiện diện thành phần nhánh			p
	Tổng (n = 93)	Không nhánh (n = 25)	Có nhánh (n = 68)	
Kích thước polyp[¥]	20,24 ± 12,60	16,00 ± 9,23	21,79 ± 13,36	0,022^a
Hình dạng polyp				
Polyp không cuống	2 (2,15)	2 (100)	0 (0)	0,070 ^b
Polyp có cuống	91 (97,85)	23 (25,27)	68 (74,73)	

Đặc điểm	Phân loại nền u tuyến theo tình trạng hiện diện thành phần nhánh			p
	Tổng (n = 93)	Không nhánh (n = 25)	Có nhánh (n = 68)	
Độ mô học của nền u tuyến thông thường				
Độ cao	93 (100)	25 (26,88)	68 (73,12)	0,678 ^b
Độ thấp	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Loại mô học carcinôm				
Loại NOS	89 (95,70)	25 (28,09)	64 (71,91)	0,678 ^b
Loại răng cưa	3 (3,23)	0 (0)	3 (100)	
Loại chế nhầy	1 (1,08)	0 (0)	1 (100)	
Độ mô học theo CAP (n = 90)				
Độ 1	16 (17,78)	10 (62,50)	6 (37,50)	0,001 ^b
Độ 2	74 (82,22)	15 (20,27)	59 (79,73)	
Độ 3	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Độ 4	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Phân độ Haggitt/Kikuchi				
Nguy cơ thấp	84 (90,32)	19 (22,62)	65 (77,38)	0,010 ^b
Nguy cơ cao	9 (9,68)	6 (66,67)	3 (33,33)	
Độ sâu xâm lấn				
Nông (< 1 mm)	16 (17,20)	8 (50,00)	8 (50,00)	0,031 ^b
Sâu (≥ 1 mm)	77 (82,80)	17 (22,08)	60 (77,92)	
Khoảng cách từ tế bào u đến rìa diện cắt chân polyp (n = 57)				
≥ 1mm	45 (78,95)	11 (24,44)	34 (75,56)	0,152 ^b
< 1mm	12 (21,05)	6 (50,00)	6 (50,00)	
Số lượng nảy chồi u [‡]	1,72 (2,28)	1,48 (2,22)	1,81 (2,31)	0,541 ^c
Phân độ nảy chồi u				
Độ 1	81 (87,10)	22 (27,16)	59 (72,84)	0,999 ^b
Độ 2	12 (12,90)	3 (25,00)	9 (75,00)	
Độ 3	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

[†] Báo cáo trung bình và độ lệch chuẩn; ^a Kiểm định t với phương sai khác nhau; ^b Kiểm định chính xác Fisher; ^c Kiểm định t với phương sai bằng nhau; ^d Kiểm định Chi bình phương.

Trong số 93 trường hợp, có 2 trường hợp xâm nhập mạch máu - mạch lympho và 2 trường hợp di căn hạch. Không có trường hợp nào trong mẫu nghiên cứu có bệnh phẩm được cắt từng mảnh (piecemeal). Dựa trên kết quả phân tích tại Bảng 2, chúng tôi ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thành phần nhánh với kích thước khối u và các đặc điểm giải phẫu bệnh. Về đặc điểm đại thể, kích thước trung bình của các polyp có thành phần nhánh lớn hơn rõ rệt so với nhóm không nhánh (21,79 mm so với 16mm, p = 0,022). Tuy nhiên, hình dạng polyp và số lượng polyp không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm (p > 0,05).

Về đặc điểm vi thể, độ mô học carcinôm theo CAP có sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm. Cụ thể,

nhóm có mô học carcinôm độ 2 có tình trạng hiện diện thành phần nhánh cao hơn nhóm mô học carcinôm độ 1 (79,73% so với 37,5%, p = 0,001). Ngoài ra, sự hiện diện của thành phần nhánh có liên quan đến mức độ xâm lấn nông. Trong đó, nhóm nguy cơ thấp theo phân độ Haggitt/Kikuchi có tỷ lệ hiện diện thành phần nhánh cao hơn so với nhóm nguy cơ cao (77,38% so với 33,33%, p = 0,010). U xâm lấn sâu từ 1 mm trở lên có tình trạng hiện diện thành phần nhánh ít hơn so với nhóm u xâm lấn nông dưới niêm (77,92% so với 50%, p = 0,031). Các đặc điểm mô bệnh học gồm loại mô học carcinôm, nảy chồi u về số lượng và phân độ đều không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có nhánh và không nhánh.

3.3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan độc lập với tình trạng hiện diện nhánh

Bảng 3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến sự hiện diện thành phần nhánh

Đặc điểm	OR	KTC 95%	p
Kích thước polyp	1,04	0,98 - 1,10	0,181
Vị trí trực tràng (so với đại tràng)	2,93	0,83 - 10,36	0,094
Độ mô học carcinôm theo CAP (Độ 2 so với Độ 1)	3,88	1,04 - 14,44	0,043
Phân độ Haggitt/Kikuchi (Nguy cơ cao so với nguy cơ thấp)	0,11	0,02 - 0,61	0,011
Độ sâu xâm lấn (≥ 1 mm so với < 1 mm)	2,55	0,66 - 9,86	0,175

Chúng tôi thực hiện phân tích hồi quy Logistic đa biến với những biến có ý nghĩa thống kê trong phân tích ở bảng 1 và 2. Các biến trong mô hình có giá trị VIF dao động từ 1,19 đến 5,51, không ghi nhận đa cộng tuyến nghiêm trọng. Kết quả phân tích tại bảng 3 ghi nhận hai yếu tố có liên quan độc lập với tình trạng hiện diện nhánh. Nhóm polyp hóa ác có độ Haggitt/Kikuchi cao có xác suất xuất hiện thành phần nhánh thấp hơn đáng kể so với nhóm có độ Haggitt/Kikuchi thấp (OR = 0,11; KTC 95%: 0,02 - 0,61; p = 0,011). Độ mô học carcinôm theo CAP là yếu tố có liên quan độc lập cho sự hiện diện của thành phần nhánh. Cụ thể, nhóm có mô học độ 2 có nguy cơ hiện diện nhánh cao gấp 3,88 lần so với nhóm tham chiếu (OR = 3,88; KTC 95%: 1,04 - 14,44; p = 0,043).

4. BÀN LUẬN

Thành phần nhánh của u tuyến đã được chứng minh đóng vai trò quan trọng trong con đường bệnh sinh u tuyến - carcinôm tuyến, với nguy cơ hóa ác tăng dần theo tỉ lệ cấu trúc nhánh trong nền u tuyến [15]. Các u tuyến ống-nhánh và nhánh chiếm khoảng 15 - 20% u tuyến đại trực tràng nhưng lại được ghi nhận chiếm chủ yếu trong tổn thương polyp đại trực tràng hóa ác [9, 15]. Sự hiện diện của cấu trúc nhánh sâu, lan rộng có thể làm tăng bề mặt tiếp xúc giữa mô u và mô đệm, thay đổi vi môi trường dưới niêm mạc, kết hợp với tốc độ tăng trưởng nhanh dẫn đến tỷ lệ chết theo chương trình thấp hơn so với các loại bệnh lý khác [16]. Trong bối cảnh đó, việc khảo sát vai trò của thành phần nhánh ở nền u tuyến thông thường trong các polyp đại trực tràng hóa ác giai đoạn pT1 có ý nghĩa không chỉ về mặt mô tả hình thái mà còn gợi mở khả năng đây là chỉ dấu phản ánh một hướng diễn tiến sinh học đặc thù của khối u.

Chúng tôi ghi nhận chiếm ưu thế trong mẫu nghiên cứu là nhóm hiện diện thành phần nhánh với 73,12%. Kết quả này phù hợp với ghi nhận trong y văn. Muto và cộng sự ghi nhận tỷ lệ hóa ác tăng mạnh từ 5% ở u tuyến ống lên đến 40% ở u tuyến nhánh [15]. Ở polyp đại trực tràng hóa ác với nền u tuyến thông thường, nhiều nghiên cứu đã ghi nhận phần

lớn tổn thương có thành phần nhánh, như nghiên cứu của Wasif và cộng sự [10] thực hiện trên 19743 trường hợp báo cáo tỷ lệ này chiếm 62%, Cazacu và cộng sự [4] ghi nhận 65,1% mẫu nghiên cứu có thành phần nhánh. Điều này cho thấy thành phần nhánh trong các tân sinh đại trực tràng là một đặc điểm mô học đặc biệt quan trọng, liên quan mật thiết đến tiềm năng tiến triển của tổn thương.

Về vị trí polyp, tỷ lệ tổn thương có thành phần nhánh ở trực tràng cao hơn rõ rệt so với đại tràng (85,71% so với 65,52%, p = 0,033). Hiện còn ít nghiên cứu khảo sát riêng đặc điểm thành phần nhánh của nền u tuyến trong polyp đại trực tràng hóa ác giai đoạn pT1 nên chúng tôi chỉ có thể đối chiếu gián tiếp với các nghiên cứu trên u tuyến đại trực tràng nói chung. Các ghi nhận từ nghiên cứu về phân bố u tuyến, trong đó u tuyến có thành phần nhánh được ghi nhận xuất hiện tần suất tương đối cao ở trực tràng so với các đoạn khác của đại tràng [6]. Tuy nhiên, theo hiểu biết của chúng tôi, các nghiên cứu về polyp đại trực tràng hóa ác giai đoạn pT1 chủ yếu tập trung vào các yếu tố tiên lượng kinh điển như độ sâu xâm lấn, xâm nhập mạch máu – mạch lympho, độ biệt hóa và nẩy chồi u, trong khi mối liên quan giữa vị trí tổn thương và tình trạng hiện diện thành phần nhánh của nền u tuyến ít được đề cập một cách riêng biệt [5]. Kết quả này có thể là một đóng góp mới, đồng thời cần được diễn giải thận trọng trong bối cảnh cỡ mẫu còn hạn chế, cần được kiểm chứng bởi các nghiên cứu đa trung tâm với quy mô lớn hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước trung bình của các polyp có thành phần nhánh lớn hơn so với nhóm không có nhánh (21,79 mm so với 16 mm, p = 0,022), gợi ý rằng sự hiện diện của cấu trúc nhánh có liên quan với sự phát triển khối u về mặt đại thể. Kết quả này phù hợp với các số liệu trước đây ở nhóm u tuyến nói chung, trong đó u tuyến nhánh thường có kích thước lớn hơn đáng kể so với u tuyến ống và được xem là một kiểu hình tiến triển hơn, với nguy cơ hóa ác cao hơn [4, 17]. Stulc và cộng sự ghi nhận 100% các trường hợp polyp hóa ác từ 40mm trở lên đều phát sinh từ nền u tuyến có chứa thành phần

nhánh, với 2/3 trường hợp nền u tuyến nhánh và 1/3 trường hợp nền u tuyến ống - nhánh [18]. Từ kết quả này, các tổn thương polyp có thành phần nhánh và kích thước lớn có thể cần được lưu tâm nhiều hơn trong quá trình nội soi tầm soát và xử trí tổn thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân độ mô học carcinôm tuyến chỉ được thực hiện cho 90 trường hợp, do 3 trường hợp thuộc loại mô học răng cưa không áp dụng hệ thống phân độ CAP. Ngoài ra, khoảng cách từ tế bào u đến rìa diện cắt chân polyp chỉ được đánh giá ở nhóm 62 trường hợp cắt polyp qua nội soi và chỉ ghi nhận được ở 57 trường hợp, còn 5 trường hợp không đánh giá được do quá trình xử lý cắt lọc mẫu mô không đúng kỹ thuật.

Một điểm đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm carcinôm tuyến độ 2 theo CAP có tỷ lệ hiện diện thành phần nhánh của nền u tuyến cao hơn so với nhóm carcinôm độ 1. Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, độ mô học carcinôm theo CAP vẫn duy trì mối liên quan độc lập với tình trạng hiện diện thành phần nhánh (OR = 3,88; KTC 95%: 1,04 - 14,44; p = 0,043). Kết quả này phần nào phù hợp với các nghiên cứu cho thấy các tổn thương có cấu trúc tuyến phức tạp hơn thường liên quan đến những biến đổi hình thái học tiến triển hơn trong chuỗi u tuyến - carcinôm [15, 19]. Carcinôm độ 1 carcinôm biệt hóa tốt, được đặc trưng bởi cấu trúc tuyến còn bảo tồn rõ với mức độ tạo tuyến của u trên 95%. Trong khi đó, carcinôm độ 2 là carcinôm biệt hóa vừa, có mức độ tạo tuyến từ 50% đến 95% [19]. Việc chúng tôi ghi nhận thành phần nhánh tập trung nhiều hơn trong nhóm carcinôm độ 2 có thể gợi ý rằng có thể các u này có kích thước polyp u tuyến lớn hơn nên khi hóa ác vẫn còn thành phần nhánh còn sót lại ở nền polyp.

Khi phân tích các chỉ dấu xâm nhập, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ hiện diện thành phần nhánh ở nền u tuyến cao hơn rõ rệt trong nhóm được phân loại nguy cơ thấp theo hệ thống Haggitt/Kikuchi so với nhóm nguy cơ cao. Đáng chú ý, sau khi hiệu chỉnh đồng thời kích thước polyp và độ sâu xâm nhập trong mô hình hồi quy logistic đa biến, phân độ Haggitt/Kikuchi vẫn liên quan độc lập với tình trạng hiện diện thành phần nhánh: nhóm nguy cơ cao có khả năng hiện diện thành phần nhánh thấp hơn khoảng 93% so với nhóm nguy cơ thấp. Kết quả này gợi ý một khía cạnh mới rằng ở các tổn thương xâm nhập sâu hơn, phần carcinôm có thể lan rộng khiến thành phần nền u tuyến còn sót lại ít hơn, dẫn đến tỷ lệ ghi nhận thành phần nhánh thấp hơn trong nhóm Haggitt/Kikuchi độ cao.

Mặc dù trong phân tích mối liên quan, nhóm xâm

nhập dưới niêm mạc ≥ 1 mm có tỷ lệ hiện diện thành phần nhánh cao hơn, kết quả này cũng không mâu thuẫn với phân độ Haggitt/Kikuchi. Hai cách đánh giá này phản ánh những khía cạnh khác nhau của mức độ xâm lấn, nên có thể không hoàn toàn song hành trong mọi trường hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân tích mối liên quan chỉ cho thấy mối liên quan thô giữa từng yếu tố với tình trạng hiện diện thành phần nhánh, trong khi phân tích đa biến cho phép xem xét đồng thời ảnh hưởng của nhiều biến hơn.

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được cân nhắc khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, mặc dù nghiên cứu thu thập được 93 trường hợp polyp đại trực tràng hóa ác giai đoạn pT1, số lượng trường hợp ở một số phân nhóm vẫn còn ít, đặc biệt là các trường hợp có nhóm Haggitt/Kikuchi nguy cơ cao, di căn hạch hoặc xâm nhập mạch máu - mạch lympho, có thể ảnh hưởng đến độ ổn định của các phân tích thống kê và hạn chế khả năng khảo sát mối liên quan giữa thành phần nhánh với các yếu tố mô bệnh học có ý nghĩa trong phân tầng nguy cơ điều trị. Thứ hai, mặc dù chúng tôi đã thực hiện phân tích đa biến có hiệu chỉnh một số yếu tố, không thể loại trừ hoàn toàn ảnh hưởng của nhiều còn sót lại do các biến lâm sàng và mô bệnh học có mối liên quan chặt chẽ với nhau. Cuối cùng, nghiên cứu chưa có dữ liệu theo dõi dài hạn về di căn hạch hoặc tái phát, nên hiện mới dừng ở việc xác định mối liên quan, chưa khẳng định được đầy đủ giá trị tiên lượng của thành phần nhánh. Cuối cùng, nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm duy nhất với thiết kế hồi cứu, do đó có thể chịu ảnh hưởng của sai lệch chọn mẫu và hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã bước đầu mô tả tần suất thành phần nhánh của nền u tuyến thông thường trên polyp đại trực tràng hóa ác và mối liên quan đến các yếu tố lâm sàng, nội soi, mô bệnh học. Đặc biệt, sự hiện diện của thành phần nhánh tỷ lệ nghịch với mức độ xâm lấn sâu. Những dữ liệu này cần được kiểm định thêm bằng các nghiên cứu đa trung tâm, có cỡ mẫu lớn hơn và gần với dữ liệu theo dõi dài hạn, song đã cung cấp nền tảng quan trọng để xem xét thành phần nhánh như một yếu tố góp phần hỗ trợ cá thể hóa chiến lược quản lý bệnh nhân polyp đại trực tràng hóa ác giai đoạn pT1 tại Việt Nam.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(1):12-49.
2. Hashiguchi Y, Muro K, Saito Y, Ito Y, Ajioka Y, Hamaguchi T, et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol*. 2020;25(1):1-42.
3. Hagen CE, Farooq A. Histologic Evaluation of Malignant Polyps and Low-Stage Colorectal Carcinoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2019;143(12):1450-4.
4. Cazacu SM, Săftoiu A, Iordache S, Ghiluşi M-C, Georgescu CV, Iovănescu VF, et al. Factors predicting occurrence and therapeutic choice in malignant colorectal polyps: a study of 13 years of colonoscopic polypectomy. *Rom J Morphol Embryol*. 2021;62(4):917.
5. Miyachi H, Kudo SE, Ichimasa K, Hisayuki T, Oikawa H, Matsudaira S, et al. Management of T1 colorectal cancers after endoscopic treatment based on the risk stratification of lymph node metastasis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2016;31(6):1126-32.
6. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Digestive system tumours. 5th ed. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2019. (WHO Classification of Tumours; Vol. 1). Available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/31>.
7. Oh JR, Park B, Lee S, Han KS, Youk EG, Lee DH, et al. Nomogram Development and External Validation for Predicting the Risk of Lymph Node Metastasis in T1 Colorectal Cancer. *Cancer Res Treat*. 2019;51(4):1275-84.
8. Ichimasa K, Kudo SE, Mori Y, Misawa M, Matsudaira S, Kouyama Y, et al. Artificial intelligence may help in predicting the need for additional surgery after endoscopic resection of T1 colorectal cancer. *Endoscopy*. 2018;50(3):230-40.
9. Emile SH, Garoufalia Z, Wignakumar A, Wexner SD. Cancer-specific survival of colorectal adenocarcinomas according to the type of pre-existing adenoma: A Surveillance, Epidemiology, and End Results registry analysis. *Surgery*. 2025;184:109468.
10. Wasif N, Etzioni D, Maggard MA, Tomlinson JS, Ko CY. Trends, patterns, and outcomes in the management of malignant colonic polyps in the general population of the United States. *Cancer*. 2011;117(5):931-7.
11. Haggitt RC, Glotzbach RE, Soffer EE, Wrubel LD. Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas: implications for lesions removed by endoscopic polypectomy. *Gastroenterology*. 1985;89(2):328-36.
12. Kikuchi R, Takano M, Takagi K, Fujimoto N, Nozaki R, Fujiyoshi T, et al. Management of early invasive colorectal cancer: risk of recurrence and clinical guidelines. *Dis Colon Rectum*. 1995;38(12):1286-95.
13. Barel F, Cariou M, Saliou P, Kermarrec T, Auffret A, Samaison L, et al. Histopathological factors help to predict lymph node metastases more efficiently than extra-nodal recurrences in submucosa invading pT1 colorectal cancer. *Scientific Reports*. 2019;9(1):8342.
14. Lugli A, Kirsch R, Ajioka Y, Bosman F, Cathomas G, Dawson H, et al. Recommendations for reporting tumor budding in colorectal cancer based on the International Tumor Budding Consensus Conference (ITBCC) 2016. *Mod Pathol*. 2017;30(9):1299-311.
15. Muto T, Bussey HJR, Morson BC. The evolution of cancer of the colon and rectum. *Cancer*. 1975;36(6):2251-70.
16. Dai Y, Chen W, Xu X, Chen J, Mo W, Chen Y, et al. Factors Affecting Adenoma Risk Level in Patients with Intestinal Polyp and Association Analysis. *J Healthc Eng*. 2022;2022:9479563.
17. Gupta S, Lieberman D, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Kaltenbach T, et al. Recommendations for Follow-Up After Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2020;158(4):1131-53.e5.
18. Stulc JP, Petrelli NJ, Herrera L, Mittelman A. Colorectal villous and tubulovillous adenomas equal to or greater than four centimeters. *Ann Surg*. 1988;207(1):65-71.
19. College of American Pathologists. Protocol for the Examination of Resection Specimens From Patients With Primary Carcinoma of the Colon and Rectum. Northfield (IL): College of American Pathologists; 2022.